

イギリスにおける犯罪を行った精神障害者への 治療優先主義の変化

—— Vowles 判決を契機として ——

柑 本 美 和

- I はじめに
- II 1959 年精神保健法・1983 年精神保健法における治療優先主義
- III 刑罰に代わる治療処分—病院命令と制限命令
- IV Hybrid Order の登場
- V Vowles 判決
- VI 終わりに

I はじめに

イギリスでは、精神障害に罹患した者が重大な犯罪を行った場合、法律上の要件を満たせば、裁判所は、拘禁刑に代えて病院での入院治療を命じる「病院命令 (hospital order)」を言い渡すことができる。この病院命令は、「刑罰を科せる場合でも治療優先で」という人道主義的考えに基づいて創設されたものであり、裁判所は、かつて、この命令の趣旨を、次のように述べていた。「……病院命令は刑罰ではない。応報と抑止は、それが個人的なものであれ一般的なものであれ、重要ではない。……命令の唯一の目的は、再犯防止になることを願い期待して、その者が必要な医療的ケアと配慮を受けられるよう保障することにある。……」¹⁾。そして、病院命令には、退院や外出に制限をかけられる「制限命令 (restriction order)」を同時に言い渡せることもあり、例えば、暴力犯罪者であっても、性犯罪者であっても制限命令付き病院命令で対応可能と考えられてもきた²⁾。

1) R. v Birch (1989), 11 Cr. App. R. (S.) 202; at 210.

ところが、控訴院が2015年に出した Vowles 判決は、犯罪を行った精神障害者への治療優先主義のあり方を、「刑罰に代えて治療を」から、「治療は確保しつつ刑罰も」の方向に転換させ、「刑罰の賦課」の必要性を前面に打ち出した。さらに、何が最も適切な量刑であるのかの判断に際しては、「単に精神医学的証拠だけでなく、精神障害に起因する被告人の責任の程度、公衆の保護の必要性、釈放後の体制といった広範な問題を検討する必要がある」と述べ、再犯防止のためのリスク管理についても、裁判所に目配りするよう求めたのである³⁾。

しかし、Vowles 判決以後、「治療は確保しつつ刑罰も」の方向に向かいつつあるとしても、「治療を断念し刑罰だけを」に舵をきらず、依然として、治療確保の方向を維持しようとするイギリスの姿勢には学ぶべき点が多いと思われる。

そこで、本稿では、イギリスの治療優先主義を体現する現行制度がどのように構築され、犯罪を行い有罪とされた精神障害者に対し、どのように「刑罰に代えて治療」が行われてきたのかを概観し、そして、Vowles 判決が犯罪を行った精神障害者への治療優先主義にどのような変化をもたらしたのかを検討する。

なお、少年も病院命令の対象となりうるが、本稿では成人(18歳以上)に限定して検討を進めることにする。また、イギリスは、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドから成る連合王国であるが、権限委譲(Devolution)により各々が異なる制度をしている部分もある。そこで、本稿でイギリスという時は、イングランドのみを指すこととする。

Ⅱ 1959年精神保健法・1983年精神保健法における治療優先主義

1 1959年法成立まで

犯罪を行った精神障害者に関して、イギリスには、「精神異常ゆえに無罪」、あるいは「訴訟無能力」とされた者への治療制度とは別に、刑事手続きの各段

2) R. v. Gardiner (Alistair George Cecil) (1967), 51 Cr. App. R. 187; at 192. 但し、これは1959年法の下での判決である。

3) R. v Vowles (Lucinda), [2015] EWCA Crim 45, [2015] 2 Cr. App. R. (S.) 6. para.48.

階での精神状態に応じて、医療手続きへ移行させる制度が構築され、その手続きは、民事患者（civil patient）の強制入院の手続きとともに1983年精神保健法（Mental Health Act 1983、以下、1983年法という）に規定されている。犯罪を行った精神障害者に迅速に精神医療サービスを提供するための制度は、1959年精神保健法（Mental Health Act 1959、以下、1959年法という）によって形づくられ、1983年法に引き継がれ現在に至っている。

1959年法が制定される以前にも、イギリスには、犯罪を行った精神障害者に対して治療を優先させる特別の処遇制度は存在していた。まず、知的障害者に関しては、1913年精神薄弱（＝知的障害）法（Mental Deficiency Act 1913、以下、1913年法という）が、法定刑として懲役刑（penal servitude）又は拘禁刑が定められている犯罪で有罪となった場合、医学的証拠に基づき、その者が精神薄弱だと認められれば、裁判所が、刑の言い渡しに代えて施設へ入所させることを可能としていた⁴⁾。

また、精神異常者（persons of unsound mind）については、1952年治安判事裁判所法（Magistrates' Court Act 1952、以下、1952年法という）が、略式の有罪判決（summary conviction）により拘禁刑で処罰可能な犯罪を行い起訴されている者について、当該行為又は不作為を行ったこと、少なくとも2人の資格ある医師の証拠に基づき精神異常であること、さらに、入院が必要であることが認められれば、拘禁刑等を言い渡す代わりに入院を命じる権限を治安判事裁判所に与えていた⁵⁾。

しかし、いずれの制度についても、入院命令を受けた者の退院判断などが、一般の入院患者と同様に医療者に委ねられていたため、危険な精神障害者が早期退院させられるのではないかという懸念が存在した⁶⁾。また、犯罪を行った精神異常者に治療処分を言い渡す権限が治安判事裁判所にしか与えられていなかったため、より重大な犯罪を行った者に対して治療を優先させる手段がないことが問題とされていた。そして、こうした治療処分制度の不備に加え、精神医療サービスの近代化を図る必要も生じていた⁷⁾。

そこで精神病・知的障害者に関する法律についての王立委員会（The Royal

4) 1913年法8条1項。

5) 1952年法30条。

6) Benjamin Andoh, *The Hospital Order with Restrictions*, 58 JOURNAL OF CRIMINAL LAW 97, 100 (1994).

Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency, 以下, Percy 委員会という) が 1954 年に設置され, 精神病 (mental illness) と知的障害 (mental defect) 者の入院, ケア, 退院等に関する現行法・行政組織の全般的な見直しが行われることになった⁸⁾。

Percy 委員会は, 1957 年に, 精神障害者も, 身体疾患に罹患した患者と同程度の自由制限と法的手続きの下でケアされるべきであることを原則とし⁹⁾, 法の対象となる精神障害者の定義を整理し¹⁰⁾, 司法の関与を不要とする方向で強制入院の手続きを整備するよう求めた¹¹⁾。そして, 犯罪を行った精神障害者に関しては, 従来の制度と比べ, 裁判所の処遇選択の範囲を拡大するよう提案を行った¹²⁾。

Percy 委員会の提案に従う形で 1959 年法は成立した。1959 年法の特徴は, 精神障害の定義を拡大し, 法律主義を緩和することで, より多くの精神障害者に治療の道を開いた点¹³⁾, そして, 犯罪を行い有罪とされた精神障害者全般に対し, 刑罰に代わる処遇として「病院命令」(又は後見命令)を創設した点にあった¹⁴⁾。

このように, 1959 年法は, 犯罪者の量刑時点での精神症状に照らし, 裁判所が, 刑罰の賦課ではなく治療を行うべきと考えた場合に言い渡すことのできる「病院命令」という処分を創設した。そして, 「精神保健法」の中に, 「一般の精神障害者」と「犯罪を行った精神障害者」の双方に関する規定を置いた。1959 年法は, 啓蒙的な社会福祉法であると賞賛され, 他国にも大きな影響を与えることとなった¹⁵⁾。そして, 拘禁刑の代替としての精神科入院治療処分である病院命令は, 他の英語圏諸国には存在しない「思いきった革新 (drastic

7) JUDITH M LAING, CARE OR CUSTODY? – MENTALLY DISORDERED OFFENDERS IN THE CRIMINAL JUSTICE SYSTEM, 58 (1999).

8) THE ROYAL COMMISSION ON THE LAW RELATING TO MENTAL ILLNESS AND MENTAL DEFICIENCY, 1 (1957).

9) *Id.* at summary para.7.

10) *Id.* at summary para.17.

11) *Id.* at summary para. 42.

12) KATHLEEN JONES, MENTAL HEALTH AND SOCIAL POLICY 1845-1959, 222 (1960).

13) LARRY GOSTIN, MENTAL HEALTH SERVICES – LAW AND PRACTICE, para.1:09 (1986).

14) 1959 年法 60 条。1948 年刑事司法法 (Criminal Justice Act 1948) に精神科治療条件付き保護観察命令が規定されていたが, 治療に同意した者のみにしか言い渡すことができなかった。

15) GOSTIN, *supra* note 13, at para.1:08.

innovation)」であると高く評価された¹⁶⁾。

2 1983 年精神保健法の成立

精神障害の治療に関して啓蒙的な役割を果たしていると評価された 1959 年法であったが¹⁷⁾、精神障害犯罪者への対応に関して次のような 2 つの問題が生じていた。

1 点目は、裁判所による病院命令の言い渡し件数が減少傾向にあるという点であった。裁判所は、少なくとも 1960 年代前半までは、可能な限り病院命令を言い渡す傾向にあると分析され¹⁸⁾、実際、病院命令は増加の一途を辿っていた¹⁹⁾。その状況は、「重大な犯罪を行った精神障害犯罪者への対処に際し、裁判所は応報・抑止といった概念を放棄する覚悟が非常に出来ている」と評されたほどであった²⁰⁾。しかし、1970 年代に入ると、病院命令の言い渡しは大幅に減少した²¹⁾。これには、以下の二つの理由が考えられた。まず、一つは、イギリス国内に 3 つしかない保安体制が整備された特別病院²²⁾が過剰収容状態で、新たな患者を受け入れることが困難となっていた点である²³⁾。もう一つは、裁判所は、病院命令を言い渡す前提として、引き受け先の病院を見つけなければならなかったが²⁴⁾、過剰収容状態の特別病院以外に、精神障害犯罪者の受け入れ病院がなかなか見つからなかったという点である。当時、精神病院一般で開放処遇が積極的に推進されていたこともあり、特別病院のような保安設備を備えていない病院は、精神障害犯罪者の受け入れを拒否する傾向にあ

16) Editorial, *The British Mental Health Act 1959*, 5 (1) CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION JOURNAL 30, 30-31 (1960).

17) J.D.J. Havard, *The Mental Health Act and the Criminal Offender*, 1961 CRIMINAL LAW REVIEW 296, 298 (1961).

18) D.A. Thomas, *Sentencing the Mentally Disturbed Offender*, CRIMINAL LAW REVIEW 685, 698 (1965).

19) NIGEL WALKER AND SARAH McCABE, CRIME AND INSANITY IN ENGLAND ii NEW SOLUTIONS AND NEW PROBLEMS, 75 (1973).

20) Thomas, *supra* note 18, at 698.

21) HOME OFFICE・DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES, INTERIM REPORT OF THE COMMITTEE ON MENTALLY ABNORMAL OFFENDERS, para.5 (1974). 1966 年には 1,259 件だった病院命令が、1972 年には 924 件に減少している。

22) 当時は、Broadmoor, Rampton, Moss Side の 3 施設であった。

23) WALKER AND McCABE, *supra* note 19, at 245 Notes 4.

24) 1959 年法 60 条 3 項。

った²⁵⁾。そのため、裁判所は、明らかに治療が必要と考えても、病院命令を言い渡すことができず、拘禁刑を科さざるをえない事態に陥っていた²⁶⁾。また、刑務所から病院への移送についても受け入れ先の病院が見つけれなければ、内務大臣は移送権限を行使することができず、その結果、刑務所人口に占める精神障害者の割合も増加していった²⁷⁾。1959 年法の理想に、現場の状況が追いついていけなかったのである²⁸⁾。

2 点目は、Graham Young という毒殺犯人の事件によって顕在化した、制限命令つき病院命令を言い渡された患者の退院決定制度改革の必要性という点にあった。事件の概要は次の通りである。Young は、父、姉、友人への毒物投与による殺人未遂により、最低収容期間 15 年という制限命令付き病院命令を言い渡され、Broadmoor 病院に収容された。しかし、主治医が内務省に対して Young は完治したとの報告を行ったため、彼は収容後 9 年で、条件付き退院となった。ところが、条件付き退院中に、毒物による新たな殺人と殺人未遂を行ったことが明らかとなり²⁹⁾、このような患者の退院決定を適切に行うための制度改革が必要となったのである³⁰⁾。

こうした問題に対処するために、イギリス政府は、1972 年に、Lord Butler (バトラー卿) を委員長とする犯罪精神障害者の処遇検討委員会 (以下、Butler 委員会という) を設置し、刑事司法制度における精神障害犯罪者の処遇全般にわたる見直しを求めた³¹⁾。

1974 年に提出された中間報告書では、特別病院の過剰収容を緩和し、裁判

25) Elizabeth Parker and Gavin Tennent, *The 1959 Mental Health Act and Mentally Abnormal Offenders: A Comparative Study*, MEDICINE, SCIENCE AND THE LAW, 36-37 (1979).

26) LARRY GOSTIN, A HUMAN CONDITION VOL.2 - THE LAW RELATING TO MENTALLY ABNORMAL OFFENDERS: OBSERVATIONS, ANALYSIS AND PROPOSALS FOR REFORM, 45 (1977).

27) Parker and Tennent, *supra* note 25, at 35.

28) HENRY ROLLIN, THE MENTALLY ABNORMAL OFFENDER AND THE LAW, 116 (1969).

29) Young はこれらの事件について、有罪の評決を受け終身刑を言い渡されたが、服役中、1990 年に 42 歳で死亡した。なお、Young の事件については、アンソニー・ホルデン (高橋啓訳) 『グレアム・ヤング毒殺日記』(飛鳥新社, 1997) がある。

30) この問題については、個別に検討委員会が設置され報告書が発表されている。HOME OFFICE・DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, REPORT ON THE REVIEW OF PROCEDURES FOR THE DISCHARGE AND SUPERVISION OF PSYCHIATRIC PATIENTS SUBJECT TO RESTRICTION (1973).

31) HOME OFFICE・DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, REPORT OF THE COMMITTEE ON MENTALLY ABNORMAL OFFENDERS, 1 (1975).

所による病院命令の言い渡し・内務大臣による刑務所から病院の移送を促進させるために、精神障害犯罪者の新たな受け皿である地域の中間保安病棟（regional medium security units）整備が急務であることが訴えられた³²⁾。翌 1975 年の最終報告書では、精神障害犯罪者は、公共の安全の要請と一致する限り、可能な限り迅速に、適切な場所で治療を提供されるべきだとの基本方針が示された³³⁾。その上で、刑務所は精神障害犯罪者の収容場所として適切ではないことが強調された³⁴⁾。この Butler 委員会の提案が 1983 年法の骨格を形成することになった³⁵⁾。

その後、1978 年に、政府は、入院患者の権利強化と、自由擁護を中心に据えた精神保健法の改正案を発表した³⁶⁾。そして、精神障害犯罪者については、引き受け先が見つからないために減少の一途を辿る病院命令数と³⁷⁾、刑務所収容者に占める精神障害者数の増加から、治療の必要な者がその機会を奪われている状況を憂慮し、改めて、地域保安病棟の設置を強く支持し³⁸⁾、さらに、病院命令言い渡しを促進するよう求めた³⁹⁾。国会での、ある議員による「病人を病院や保安病棟ではなく刑務所に収容していることは国家的なスキャンダルだ」との言葉からも明らかなように⁴⁰⁾、この当時、精神障害犯罪者への治療優先の姿勢はイギリスでは揺るぎないものとなっていた。

その後、1979 年に労働党から保守党へと政権は交代したが、労働党政権と同じ方針によって精神保健法の改正作業は続けられた⁴¹⁾。保守党政府によっ

32) HOME OFFICE・DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES, *supra* note 21, at para.11. なお、地域中間保安病棟の設置の必要性は、1961 年に発表された特別病院に関する報告書で既に指摘されていた。MINISTRY OF HEALTH, WORKING PARTY ON THE SPECIAL HOSPITALS, para. 23-29 (1961).

33) HOME OFFICE・DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, *supra* note 31, at para.1.21.

34) *Id.*, at para.13.10.

35) LAING, *supra* note 7, at 70.

36) DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY・HOME OFFICE・WELSH OFFICE, LORD CHANCELLOR'S DEPARTMENT, REVIEW OF MENTAL HEALTH ACT 1959, Introduction vi (1978). しかし、患者の権利擁護者・団体にとっては、この白書によって提案された患者の権利強化規定は、決して満足のいくものではなかった。

37) *Id.*, at para.5.2.

38) *Id.*, at para.5.4.

39) *Id.*, at para.5.7.

40) HC Debs 22 February 1979 vol.963, col.693. R. Kilroy-Silk MP.

41) DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY・HOME OFFICE・WELSH OFFICE, LORD CHANCELLOR'S DEPARTMENT, REFORM OF MENTAL HEALTH LEGISLATION, Introduction para.3. (1981).

て1981年に発表された白書、および、それに続く精神保健法(改正)案の内容は、1978年の労働党政府の改正案よりも、患者の権利擁護を目指したものとなった⁴²⁾。この精神保健法(改正)案が、その後、修正を経て1982年精神保健(改正)法(Mental Health (Amendment) Act 1982)として成立し、さらに1959年法と統合され、1983年法になったのである。

このように、1959年法、1983年法によって、現在のイギリスにおける精神障害犯罪者処遇制度が確立した。いずれも精神障害者の利益・福祉を最優先に置いて議論が重ねられ成立したものである。1983年法は1959年法の人道主義的精神を損ねることなく⁴³⁾、精神障害に罹患した犯罪者への精神医療提供制度を発展させた。そして、同時に、強制入院・強制治療の恣意的な運用を防止するために入院患者の権利強化も図ったのである。

Ⅲ 刑罰に代わる治療処分—病院命令と制限命令

1 病院命令(hospital order)⁴⁴⁾

では、1983年法の下で、有罪判決を受けた精神障害犯罪者に、刑罰に代えて言い渡されうる「病院命令」とは、どのような内容なのか？

病院命令とは、有罪とされた精神障害犯罪者に治療を受けさせることを目的に、刑罰に代えて、裁判所が病院への収容を命じる制度である⁴⁵⁾。病院命令言い渡しの対象となるのは、法定刑に拘禁刑が規定されている犯罪を行い、刑事法院(Crown Court)で有罪とされた者、又は、略式の有罪判決により拘禁刑で処罰可能な犯罪を行い、治安判事裁判所で、有罪判決を受けた者である⁴⁶⁾。

42) *Id.*, at Introduction 5.

43) LAING, *supra* note 7, at 75.

44) 刑罰の代替処分として、病院命令の他に、後見命令(Guardianship Order)(1983年法37条)も存在するが、本稿では割愛する。

45) 病院命令を言渡した場合、裁判所はその者に対し、その犯罪に関して拘禁刑、罰金刑、又はコミュニティ命令などを科すことはできない。しかし、損害賠償命令などを言い渡すことは可能である。1983年法37条8項。なお、責任無能力者、訴訟無能力者にも病院命令が言い渡されうる(1964年刑事手続(精神異常)法(Criminal Procedure (Insanity) Act 1964)5条)。

46) 治安判事裁判所では、その者を有罪とせず、病院命令を言い渡すことも可能である。1983年法37条3項。

ただし、謀殺罪で有罪となった者は、終身刑（life imprisonment）の言い渡し
が義務付けられているため、病院命令の対象から除外される⁴⁷⁾。裁判所は、2
人の登録医（registered medical practitioner）⁴⁸⁾による医学的証拠に基づき、そ
の者が精神障害に罹患しており、

①その精神障害が、治療のために病院に収容させることを適当とする性質・
程度であり、その者のための適切な治療が存在することを認め⁴⁹⁾、そして、

②罪質や、その者の性格や前歴を含むあらゆる状況、その者を処遇しうる他
の手段を勘案し、病院命令が最も適切な処分であるとの意見に達した場合
に⁵⁰⁾、この命令を言渡すことができる。なお、病院命令の対象となる「精神
障害（mental disorder）」は、精神のあらゆる疾患と障害（any disorder or dis-
ability of the mind）と定義されており⁵¹⁾、精神病質（＝人格障害）（psychopathic
disorder）もその中に含まれる⁵²⁾。

裁判所が、刑罰か治療処分かの判断に際して問われるのは、責任能力の有無
や、訴訟能力の有無ではなく、量刑段階でのその者の精神状態と適切な治療の
存在である。そこで、裁判所は、原則として、犯罪精神障害者、又はその疑い
のある者については、拘禁刑の言い渡しが法律上義務付けられている場合を除
き、拘禁刑を科そうとする場合には、医療報告書を入手し、その者の精神状
態、拘禁刑がその症状や治療に与える影響を考慮しなければならないとされて

47) 1965年謀殺罪（死刑廃止）法（Murder（Abolition of Death Penalty）Act 1965）1条1項。
1983年法37条1項。

48) うち1人は1983年精神保健法12条等に基づき、保健大臣等が、精神障害の診断と治療に関
し専門的な経験を有すると認めた医師でなければならない。1983年法12条2項。

49) 1983年法37条2項（a）。

50) 1983年法37条2項（b）。

51) 1983年法1条2項。かつては、精神遅滞、精神病質に罹患した患者を強制的に入院させる
ためには、治療によって病状を軽減するか、病状の悪化が防止できるという「治療可能性
（treatability）」の要件が満たされていなければならなかった。しかし、「治療可能性」の要件
は、精神病質者の入院治療との関係で様々な問題を孕み、医療側の精神病質者への治療拒否の
理由ともなっていた。そこで、2007年精神保健法により1983年法から「治療可能性」の要件
は削除され、代わりに「適切な治療が存在すること」という要件が置かれることとなった。し
かし、治療可能性の文言は削除されたが、「適切な治療の存在」という要件が現在でも、治療可
能性に代わる役割を担っている。

52) アルコール・薬物依存は、「精神障害」の定義に含まれない（1983年法1条3項）。また、
学習障害（learning disability）は、それだけでは非自発的入院、病院命令、刑務所からの移送
等の対象とはされず、異常に攻撃的（abnormally aggressive）、あるいは、ひどく無責任な
（seriously irresponsible）行動と結びついている時、初めて対象になる。1983年法1条2A項。

いる⁵³⁾。

また、裁判所は、対象者の受け入れ先病院が確保できない場合には病院命令を言い渡せないため⁵⁴⁾、対象者の病院への入院手続きがなされ、命令の日も含め 28 日以内に入院が可能であるとの確証が必要となる⁵⁵⁾。

病院命令を言い渡された者は、治療のために強制入院した民事患者⁵⁶⁾とほぼ同等の法的地位を有する⁵⁷⁾。従って、入院期間は、命令の日からまず 6ヶ月であり、更新が認められれば 6ヶ月、そして、その後は、1 年ずつ延長される⁵⁸⁾。延長されなければ、その時点で退院となる。また、患者は、責任臨床家 (responsible clinician)⁵⁹⁾と病院管理者が許可を出せばいつでも退院でき⁶⁰⁾、他方、患者本人、又は、最近親の親族 (nearest relative) は、命令言渡し後 6ヶ月から 12ヶ月までの間に、審判所 (The First-tier Tribunal (Mental Health)) に対して退院の申立てを行うことが可能となる⁶¹⁾。その後は、1 年ごとの申立てとなる。

2 制限命令 (Restriction Order)

裁判所は、拘禁刑よりも病院命令の言い渡しが適切だと考えても、その者が

53) 2003 年刑事司法法 (Criminal Justice Act 2003) 157 条 1 項, 3 項。

54) この点に関しては、かつて、病院命令対象者の入院先確保に困難を来し、病院入院命令数が漸減したため、1983 年法制定に至る議論の過程で強制的に病院に患者を引き受けさせるという提案がなされたこともあったが、実現には至らなかった。LAING, *supra* note 7, at 131-132. その妥協策として、裁判所が引き受け先病院についての情報を地域の保健局や NHS などに要求できる制度が創設されたのである。1983 年法 39 条。

55) 1983 年法 37 条 4 項。

56) 1983 年法 3 条。

57) 1983 年法 40 条 4 項。

58) 1983 年法 20 条, 附則 1 第 1 部 2 項, 6 項。

59) 非自発的な治療を受けている患者の治療の全責任を負う臨床家であり、多くの場合、医師である。1983 年法 55 条 1 項。

60) 1983 年法 23 条 2 項 (a), 附則 1 第 1 部 2 項, 8 項。

61) 2007 年審判所、裁判所及び執行法 (Tribunals, Courts and Enforcement Act 2007) により、個別分野で分散し複雑化していた審判所組織改革が行われ、審判所制度が統合された。それにより、従来の「精神保健審判所 (Mental Health Review Tribunal)」は、第一層審判所 (First-tier Tribunal (Mental Health)) (精神保健) (以下、審判所という) となった。審判所の改革については、友岡史仁「イギリスにおける行政救済法等に関する調査研究」http://www.soumu.go.jp/main_content/000284901.pdf を参照。

1983 年法 66 条, 40 条 4 項, 附則 1 第 1 部 2 項, 9 項。

民事患者とほぼ同等の地位に置かれ、医療関係者の判断のみでの退院、審判所への申し立てによる退院が認められるとなると、公衆の保護を損なう事態が生じ得ることを懸念し、病院命令の言い渡しを躊躇する可能性がある。

そこで、裁判所は、病院命令を出す際に、犯罪の性質、その者の前歴、その者を自由にした場合の再犯の危険性などを考慮し、「重大な危害から公共を保護するため」に必要だと考えれば⁶²⁾、退院、移送などを制限する命令（制限命令）を併せて言い渡すことができる⁶³⁾。制限命令に期限はない⁶⁴⁾。裁判所は、病院命令の適否の判断に関する医学的証拠を提出した登録医の少なくとも1人が、裁判所で証言していなければ制限命令を出すことはできない⁶⁵⁾。

なお、暴力的で危険な者は、保安体制が厳重な病院、あるいは病棟へ収容する必要が生じてくる。そこで、裁判所には、制限命令を言い渡す際に、指定した病棟に対象者を入院させるよう命じる権限が与えられている⁶⁶⁾。

制限命令を言い渡された者に対しては、制限命令の効力が継続している間、病院への収容が続けられ、収容期間や更新などに関する民事の強制入院の規定は適用されない⁶⁷⁾。さらに、外出・外泊許可（leave of absence）の付与、退院、他病院への移送などは、法務大臣の同意が得られた場合にのみ行うことが可能である⁶⁸⁾。法務大臣は、いつでも外出・外泊許可への同意を取り消し病院に呼び戻す（recall）ことができる⁶⁹⁾。

62) 「危害」は心理的な危害でもいいが（R. v Melbourne [2000] M.H.L.R. 2 CA.）、自傷の危険は含まれない（R. v Osker [2010] EWCA Crim 955）。過去に重大な暴力の歴史がなくても、医学的証拠に基づいて重大な危害を引き起こす傾向があると判断されれば、制限命令の対象となる（R. v Kamara [2000] M.H.L.R. 9 CA）。

63) 1983 年法 41 条 1 項。但し、制限命令を言い渡せるのは刑事法院のみであり、治安判事裁判所にその権限はない。そのため、治安判事裁判所が有罪とした者が、病院命令言い渡しの要件を満たしている場合には、罪質、前歴、自由にした時の再犯の危険性などを考慮し、制限命令をも言い渡した方が適切だと考えれば、制限命令言い渡しのために刑事法院へ送致することになる。1983 年法 43 条 1 項。刑事法院は、病院命令を言い渡すか（必要であれば制限命令も）、病院命令が適当でない場合には、治安判事裁判所が科し得る処分を言い渡すことになる。1983 年法 43 条 2 項。

64) 裁判所は、以前は、期限付きの制限命令を言い渡すことが可能であったが、2007 年精神保健法 40 条 1 項により 1983 年法が改正され、期限なしの制限命令のみとなった。

65) 1983 年法 41 条 2 項。

66) 1997 年犯罪（量刑）法（Crime (Sentences) Act 1997、以下、1997 年法という）47 条。

67) 1983 年法 41 条 3 項 (a)。

68) 1983 年法 41 条 3 項 (c)。責任臨床家等は、法務大臣の同意を得た場合にのみ、対象者を退院させることが可能となる。1983 年法 23 条 1 項、附則 1 第 2 部 2 項、3 項、8 項。

このように、制限命令を言い渡された者に対する法務大臣の権限は広範に渡る。それは、制限命令が、対象者による重大な危害から公衆を保護することを目的としているからである。そのため、法務大臣は、その観点から、対象者をこれ以上制限命令に付す必要はないと考えれば、自身の判断でいつでも制限命令を解除でき⁷⁰⁾、対象者はその日から、制限命令無しの病院命令が言い渡された者として扱われることになる⁷¹⁾。

また、退院に関しては、法務大臣は、適当と考える場合には、いつでも制限命令付き病院命令が言い渡された者を条件付又は無条件で退院させることができる⁷²⁾。条件付退院が許可された者には、特定の場所に居住すること、精神科医の診断や診察を受けること、ソーシャルワーカーのスーパービジョンを受けることなどが遵守条件として課される。法務大臣は、それらの者から、対象者の治療状況について定期的に報告を受けることになっており、精神障害の治療のために必要と考えれば、その者を再入院させることも可能である⁷³⁾。但し、条件違反自体が直ちに再入院に結びつくわけではなく、怠薬のために自傷他害の危険が生じるなど、精神症状悪化により入院治療が必要と判断された場合にのみ行われうる。

なお、制限命令を課されて入院している者に、入院継続の要件が認められなくなった場合、審判所は法務大臣から独立して退院を命ずることができる⁷⁴⁾。これは、X事件に対する欧州人権裁判所の判決を受けて導入された制度である⁷⁵⁾。X事件の概要は次の通りである。同僚に対する傷害罪で有罪とされ、制限命令付き病院命令によって入院していた患者Xが、条件付で退院していたところ、約3年後に、突然再入院させられた。Xは、その再入院の合法性を争う適切な手続きが保障されていなかったことを理由に、欧州人権条約5条4項違反で欧州人権裁判所に申し立てを行った。欧州人権裁判所は、違反を認

69) 1983年法41条3項(d)。

70) 1983年法42条1項。

71) 1983年法41条5項。

72) 1983年法42条2項。

73) 1983年法42条3項。

74) 1983年法73条。

75) X v United Kingdom (1982) 4 EHRR 188. この判決については、戸塚悦郎他「ヨーロッパ人権裁判所と精神障害者の人権改革を迫られる日本の精神衛生法」ジュリスト779号(1982)47頁以下参照。

め、「無期または長期で精神医療施設に強制的に拘禁された精神障害者は、…合理的間隔で、裁判所において、条約のいう意味での拘禁の合法性を争う手続きをとる権利を有する」とし、さらに、この「裁判所」とは、司法裁判所でなくても、拘禁の合法性を決定し拘禁が合法でない場合には釈放を命ずる権限を有する、独立した、十分な手続的保障を有する専門機関であればいいとした。その結果、1959年法では内務大臣にのみ与えられていた、制限命令付き病院命令患者を条件付き又は無条件で退院させる権限が、1983年法によって審判所にも付与されたのである⁷⁶⁾。

条件付退院を許可された者について、制限命令が効力を失った場合には、その日をもって無条件退院したものとされ病院命令も効力を失う⁷⁷⁾。また、無条件退院が認められた場合には、対象者に言い渡されていた病院命令そして制限命令は消滅する⁷⁸⁾。

NHSの統計によれば、ここ数年で漸減しているとはいえ、2015年度（2015年4月1日から2016年3月31日まで）に、制限命令なしの病院命令は223名に言い渡されており、制限命令付き病院命令を言渡された人数も415名に達している⁷⁹⁾。

IV Hybrid Order の登場

このように、イギリスでは、謀殺罪等終身刑の言い渡し義務づけられている場合を除き、重大な犯罪を行った者に対して刑罰の賦課を完全に放棄し、病院命令という治療処分を言い渡すことが可能である。そして、公衆の保護の観点から言い渡される制限命令についても、裁判所は、犯罪の重大さ示すため、あるいは処罰の手段として言い渡すべきものでないことを明言してきた⁸⁰⁾。つまり、制限命令付き病院命令は完全な医療処分であり、公衆の保護には限界

76) 1983年法73条。

77) 1983年法42条5項。

78) 1983年法42条2項。

79) NHS DIGITAL COMMUNITY MENTAL HEALTH TEAM, INPATIENTS FORMALLY DETAINED IN HOSPITALS UNDER THE MENTAL HEALTH ACT 1983, AND PATIENTS SUBJECT TO SUPERVISED COMMUNITY TREATMENT, USES OF THE MENTAL HEALTH ACT: ANNUAL STATISTICS, 2015/2016, 13 (2016)。

80) R. v Birch (1989), *supra* note 1, at 215.

がある。まさに、この点が、人格障害に罹患した犯罪者との関係で、大きな問題を引き起こしていたのである。

1983年法は、当初、強制入院の対象となる「精神障害」を、精神病、重度精神遅滞、精神遅滞、精神病質、および、その他の精神障害と定義していたが⁸¹⁾、精神遅滞、精神病質に罹患した患者を強制的に入院させるためには、治療によって病状を軽減するか、病状の悪化が防止できるという、いわゆる「治療可能性 (treatability)」の要件を必要としていた⁸²⁾。治療可能性の要件が導入された理由は、当時、医療関係者の間で、人格障害 (=精神病質) の治療可能性についての意見が分かれており、治療に馴染む人格障害者とそうでない者を区別すべきだと考えられたためである⁸³⁾。そして、この「治療可能性」の要件は、そのまま病院命令の要件となった。しかし、裁判所にとって、治療可能性の見極めは困難であり、病院命令を言い渡すことが適切だと考えても、治療効果が不明のため拘禁刑を選択せざるを得ない場合が存在した。さらに、当該犯罪者の犯罪の重大さを考慮したとき、精神障害の存在を認めても、刑罰の放棄は出来ず、拘禁刑を言い渡さざるを得ない場合も存在した。そのため、裁判所は、人格障害に罹患した犯罪者の処遇選択に際しては、常に、治療か刑罰かの選択を迫られる状況に置かれていた。

それに加えて、既に見たように、X事件判決を受け、審判所には、制限命令付き病院命令を言い渡された者を、条件付き又は無条件で退院させることができる権限が付与されていた。そのため、人格障害に罹患した危険な犯罪者との関係で、制限命令の言い渡しが公衆の保護を保障するものでないことを、イギリス政府は非常に懸念しており、病院命令とは異なる新たな処遇を必要としたのである⁸⁴⁾。

そのような中、1994年に、Dr. John Reedを部会長とする作業部会が、人格障害に罹患した犯罪者のうち治療可能性が不明な者に対して、裁判所が、拘禁刑と入院治療命令を同時に言い渡すことのできる「ハイブリッド型命令 (Hy-

81) 2007年精神保健法による改正前の1983年法1条2項。

82) 2007年精神保健法による改正前の1983年法3条2項(b)、37条2項(a) i)。

83) DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY・HOME OFFICE・WELSH OFFICE, LORD CHANCELLOR'S DEPARTMENT, *supra* note 41, at 4.

84) Sean Whyte and John Gupta, *Widening the Scope of the Hybrid Order*, 47 MEDICINE, SCIENCE AND THE LAW 41, 41 (2007).

brid Order)」の導入を提案した。この命令を受けた者には、まず入院治療が行われるが、治療が不可能、不適切と判断されれば、内務大臣（当時）によって、入院期間を差し引いた残刑期間に服すため刑務所へ戻される⁸⁵⁾。一方、治療可能な者は、そのまま病院で治療を続け、病状が改善し刑期が経過していれば退院となる。作業部会は、裁判所に刑罰を放棄させず、しかも治療見込みが不明な人格障害者の治療機会を奪うこともないこの方策を「considerable merit（かなりのメリット）」だと結論づけた⁸⁶⁾。

その後、Hybrid Order は、病院指令（hospital direction）という名称で、1997 年犯罪（量刑）法（Crime (Sentences) Act 1997, 以下、1997 年法という）46 条により、1983 年法 45A 条として挿入された。制定時の指令の対象は、精神病質者のみであったが、2007 年精神保健法により 1983 年法 45A 条が改正され、現在は、対象が精神障害一般に拡大されている⁸⁷⁾。病院指令の大まかな内容は次の通りである。

刑事法院は、終身刑の言い渡しが義務付けられている罪以外の罪で有罪とされ、病院命令の言い渡しを考えられている者を対象とし⁸⁸⁾、2 人の登録医による証拠に基づき、入院治療を適当とする性質・程度の精神障害に罹患し、その者のための適切な治療が存在すると認めれば⁸⁹⁾、拘禁刑と併せて病院指令を言渡すことができる。病院指令には、制限命令同様に、退院などに制限を課す制約指令（limitation direction）を併せて言い渡さなければならない⁹⁰⁾。そして、病院指令と制約指令が言い渡された者には、直ちに病院での入院治療が開

85) DEPARTMENT OF HEALTH AND HOME OFFICE, REPORT OF THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HOME OFFICE WORKING GROUP ON PSYTOPATHIC DISORDER, (1994).

86) *Id.*, at para. 10:26. なお、1986 年にも、その問題を検討するための作業部会が組織されていたが、1983 年法施行後 3 年しか経過していないこともあり、その段階では何の措置も講じられなかった。DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY・HOME OFFICE, OFFENDER SUFFERING FROM PSYTOPATHIC DISORDER JOINT DHSS/HO CONSULTATION DOCUMENT, (1986).

87) 施行時には、45A 条 10 項が、内務大臣に、病院指令の対象を人格障害者からあらゆる精神障害者へと拡大する権限を与えていたため、対象がすぐに拡大されるのではないと言われていた。そのため、実は、「治療可能性」の見極めも重大な問題ではないと考えられていた。しかし、スコットランドでは、法施行とはほぼ同時に対象が拡大されたものの、イングランドおよびウェールズでは、2007 年精神保健法による改正まで対象の拡大は行われなかった。なお、45A 条 10 項は 2007 年精神保健法による改正により削除された。

88) 1983 年法 45A 条 1 項。

89) 1983 年法 45A 条 2 項。

90) 1983 年法 45A 条 3 項 (b)。

始される。治療が有効であれば、全刑期を病院で過ごすことが可能である一方、効果がなければ刑務所で刑期を全うしなければならない。

このように、病院指令付き拘禁刑は、裁判所の命令により即時の治療を確保するだけでなく、拘禁刑という「刑罰」であることで被害者や公衆の権利・応報感情を満たすことができる⁹¹⁾。被告人の治療必要性を満たしつつ、正義を実践し、危害から保護されるべき人々の権利を守ることができる病院指令付き拘禁刑は、裁判所にとって極めて有用な量刑の選択肢の一つとなったはずであった。しかし、裁判所は、この「治療的刑罰 (therapeutic punishment)」⁹²⁾の言い渡しに極めて謙抑的であった⁹³⁾。言い渡し件数は、1999年に8件を記録したものの、その後は、2008年に至るまで2～5件を推移するなど少数にとどまっていた⁹⁴⁾。そして、2007年法による改正により、2008年11月に対象が一般の精神障害に拡大された後も、2009年に5件、2010年に11件、2011年に19件、2012年に14件、2013年に18件、2014年に19件と急増には至らなかった⁹⁵⁾。

ところが、2015年2月5日に控訴院刑事部 (Court of Appeal, Criminal Division) は、Vowles 判決において、病院命令を言い渡す前に、必ず病院指令の言い渡しを検討すべきと明言した⁹⁶⁾。その影響もあり、2015年に、初めて言い渡し件数が23件と20代を超え、2016年には28件に達し⁹⁷⁾、この増加傾向

91) LAING, *supra* note 7, at 150.

92) Judith M Laing, 'An end to the lottery'? *The Fallon Report and Personality Disordered Offenders*, JOURNAL OF MENTAL HEALTH LAW 87, 91 (1999).

93) この点は、1997年法に関する内務省回状 (Home Office Circular) が、公衆の保護の必要性にかなっている限り、精神障害に罹患した犯罪者には刑務所ではなく病院での治療をという従来の方針に変更はなく、裁判所には病院命令 (制限命令有または無) の選択肢が存在すると明言していたことの影響も大きいと思われる。HOME OFFICE, HOME OFFICE CIRCULAR 52/1997, para. 2-3 (1997).

94) MINISTRY OF JUSTICE, STATISTICS OF MENTALLY DISORDERED OFFENDERS 2008 ENGLAND AND WALES, 7 (2010).

95) MINISTRY OF JUSTICE, OFFENDER MANAGEMENT STATISTICS- RESTRICTED PATIENTS 2014, <https://www.gov.uk/government/statistics/offender-management-statistics-quarterly-october-to-december-2014-and-annual> (last visited Feb. 11, 2018).

96) R. v Vowles (Lucinda), *supra* note 3, para.53.

97) MINISTRY OF JUSTICE, OFFENDER MANAGEMENT STATISTICS- RESTRICTED PATIENTS 2016, <https://www.gov.uk/government/statistics/offender-management-statistics-quarterly-october-to-december-2016> (last visited Feb. 11, 2018).

は今後も継続するものと予想されている⁹⁸⁾。

V Vowles 判決

Vowles 判決の概要は、以下の通りである。

Lucinda Jayne Vowles は、1963 年 9 月 20 日生まれの女性で、過去に何度も 1983 年法による強制入院を経験し 1988 年以前には、放火による 2 度の有罪歴の他、他の犯罪歴も有していた（但し、1988 年以降は 2008 年まで犯罪歴なし）。橋から飛び降り自殺を図ったことで脳に障害も負っていた⁹⁹⁾。2008 年 3 月 13 日、Vowles は彼女の住居のベッドで新聞に火を放ち、その地域に £1,500～£3,000 の損害を引き起こした¹⁰⁰⁾。Vowles は、その 3 日前に自殺念慮のために入院していたが、放火の前日に退院していた¹⁰¹⁾。

Vowles は放火罪で起訴され有罪の答弁を行い、2008 年 5 月 13 日、刑事法院で「公衆保護のための不定期刑（Imprisonment for Public Protection）」（最低拘禁期間 18 か月）を言い渡され、上訴せずに服役した¹⁰²⁾。しかし、その後、刑務所から聖アンドリュース病院の脳外傷ユニットへ治療のために移送された¹⁰³⁾。そのような中、Vowles は、自分には拘禁刑ではなく制限命令付き病院命令が言い渡されるべきであったとして、病院命令が適切な処遇だとする新たな精神医学的証拠を提出し控訴院刑事部の許可を得て上訴した¹⁰⁴⁾。

判決では、まず、犯罪を行った精神障害者の量刑判断を行うに際し、裁判所

98) Andrew Ashworth and Ronnie Mackay, *R. v Vowles (Lucinda); R. v Barnes (Carl); R. v Coleman (Danielle); R. v Odiwei (Justin Obuza); R. v Irving (David Stuart); R. v McDougall (Gordon): Sentencing - Guidance Where an Element of Mental Disorder Exists*, 7 CRIMINAL LAW REVIEW 542, 547 (2015).

99) *R. v Vowles (Lucinda)*, *supra* note 3, at para.62-63.

100) *Id.*, at para.58.

101) *Id.*, at para.64.

102) *Id.*, at para.60. なお、「公衆保護のための不定期刑」とは、特定の暴力犯罪又は特定の性犯罪をした者が、同様の犯罪を繰り返して、公衆に重大な危害を加える危険性があると評価される場合に科される不定期刑である。2003 年刑事司法法で創設され 2005 年 4 月 4 日から施行されたが、2012 年法律扶助、量刑及び犯罪処罰に関する法律（The Legal Aid, Sentencing and Punishment of Offenders Act 2012）により廃止された。しかし、廃止以前に「公衆保護のための不定期刑」を言い渡された者は、そのまま同刑に服さなければならない。

103) 1983 年法 47 条および 49 条（制限指令（restriction direction）付き移送指令（transfer direction））による。

が採用すべきアプローチに関するガイダンスが示された。とりわけ重要なのは、「刑罰の賦課という通常の過程に反するためには妥当な理由が常に存在しなければならない」として、刑罰優先で量刑判断を行うべきことが示された点である¹⁰⁵⁾。そして、その際の検討事項として、①どの程度、精神障害の治療を必要としているのか、②どの程度、犯行が精神障害の影響によるものなのか、③どの程度、処罰が必要とされるのか、そして、④退院（出所）決定の方法・退院（出所）後の見守り体制も含め、公衆の保護がどの程度必要なのかの4点を掲げ、とりわけ、退院（出所）決定の方法・退院（出所）後の見守り体制の内容に十分な注意を払わなければならないとした¹⁰⁶⁾。

その上で、精神医学的意見によれば、その者が精神障害に罹患しており、犯行は完全に又はかなりの部分で精神障害を原因とし、適切な治療が存在すると考えられ、そして（制限命令の有無を問わず）病院命令の言い渡しが適切かもしれないケースであっても、裁判所がまず検討すべき処遇は、拘禁刑への「病院・制約指令」の付加であると明言した¹⁰⁷⁾。すなわち、その者の精神障害が適切に処遇できるのであれば、病院・制約指令付き拘禁刑を言い渡さなければならないとしたのである。そして、それが適切でない場合に、病院命令が最も適切な処遇であると言えるのかを、その他の手段（例えば、治療のための刑務所から病院への移送など）も考慮に入れつつ検討しなければならないとした¹⁰⁸⁾。

そして、控訴院は、Vowles については、精神障害の性質、犯罪への責任 (culpability)、処罰の必要性、さらに公衆への危険に関する検討を行った上で、刑務所から病院への移送指令が出され精神障害の治療もなされていることから、「公衆保護のための不定期刑」の言い渡しは妥当であったとして¹⁰⁹⁾、上訴を棄却した¹¹⁰⁾。

104) R. v Vowles (Lucinda), *supra* note 3, at. para. 90. Vowles の他にも5名が同様の上訴を行っており、同時に審理が行われた。なお、Vowles は、別件で司法審査の申し立ても行っていたが、その点は割愛する。

105) *Id.*, at para.51.

106) *Id.*, at para.51-52.

107) *Id.*, at para.54.

108) *Id.*

109) *Id.*, at para.98.

110) *Id.*, at para.99.

控訴院は、入院治療が必要で適切な治療が存在する犯罪者の量刑判断において、治療処分ではなく刑罰の言い渡しを優先させる方針を明確化し¹¹¹⁾、被告人中心の治療優先主義から、「公衆への危険を最大限回避しうする方法での治療優先主義」への転換を図った。そして、その意義は、「刑罰」の賦課に加え、退院（釈放）決定の方法・退院（釈放）後の見守り体制のあり方、すなわち、リスクマネジメント体制の違いにあるとした。この点は、病院指令付き不定期刑を言い渡された者について最も顕著となる。これらの者の仮釈放を決定するのは仮釈放委員会（parole board）であるが、仮釈放委員会は、公衆に対する危険はないという判断ができなければ「許可（licence）」条件付き釈放（仮釈放）を認めず、仮釈放中はその者を保護観察に付し、条件違反や公衆への危険が生じれば、直ちに、その者を刑務所に再収容する。他方、制限命令付き病院命令が言い渡された者の場合、通常は、法務大臣が退院決定を行うが、審判所も、法務大臣の同意がなくても、入院継続の要件が認められなくなれば、その者を条件付き又は無条件に退院させることができる。それに加え、条件付き退院の場合には、怠薬のために自傷他害の危険が生じるなど、精神症状悪化により入院治療が必要という医学的理由に基づいてしか、再入院させることができないのである。確かに、その者のリスク管理という意味では、病院指令付き拘禁刑の方が、制限命令つき病院命令よりも効果的な体制であると言えるだろう。

VI 終わりに

Vowles 判決は、犯罪を行った精神障害者への治療優先主義のあり方を、「純粋な治療的アプローチ（pure therapeutic approach）から、予防懲罰的アプローチ（precautionary punitive approach）へ後退させたと批判されている¹¹²⁾。しかしながら、それを踏まえても、裁判所による病院指令付き拘禁刑の言い渡

111) 2015年に改訂された1983年法の実務指針（Code of Practice）は、新たに45A条に関する項目を設け、責任（culpability）があれば、精神障害が存在しても45A条の言い渡しが適切だと述べている。DEPARTMENT OF HEALTH, MENTAL HEALTH ACT 1983: CODE OF PRACTICE, 237-238 (2015).

112) Jill Peay, *Responsibility, Culpability and the Sentencing of Mentally Disordered Offenders: Objectives in Conflict*, 3 CRIMINAL LAW REVIEW 152, 157 (2016).

しには、刑罰の賦課を超え、精神障害に罹患した犯罪者に向けた裁判所による「治療確保」への思いが看取できる。なぜなら、裁判所が拘禁刑だけを言い渡した場合には、その後、その者に治療が行われる保証はどこにもないからである。イギリスでは、法務大臣により治療のための刑務所から病院への移送指令が年間 450-500 件近く出されているが¹¹³⁾、それは、あくまでも法務大臣の裁量によるものであり、裁判所の意向を反映させる余地はない。目の前の犯罪者に治療が必要だと考えたとき、裁判所が、拘禁刑を科しつつも、即時の入院治療命令を出せることの意義は小さくないと思われる。

我が国でも、医療観察法が施行され 10 年以上が経過し、精神障害に起因する他害行為の防止に精神医療の実施が効果を持ちうるということが明らかにされつつある現在、入所受刑者の 14.3% を精神障害者が占める現状に鑑みれば¹¹⁴⁾、裁判所のイニシアチブで、まずは治療を確保することのできる方策を検討する必要はないのだろうか。その際には、医療観察法における鑑定や生活環境調査のように、判決前の調査が可能となる制度の構築も考えることが求められるし、イギリスの Hybrid Order のように、受刑後の道筋も検討する必要があるだろう。

本稿は、文部科学省科学研究費基盤研究 (B)「刑事政策と精神科医療」(研究代表 成城大学法学部 山本輝之) による研究成果の一部である。

113) MINISTRY OF JUSTICE, *supra* note 97.

114) 法務省法務総合研究所『平成 29 年版犯罪白書』(昭和情報プロセス, 2017)。